

Remessa: **87584** Competência: **09/2021** Entrega: **15/09/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 21063 Série: F

87584

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor	
Início	Termino							
28/08/2021	28/08/2021	3712		3518993	6633415	MATEUS LUIZ TURRI	PRONTO SOCORRO	227,64
Total : 1							227,64	
Total Geral : 1							227,64	

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 6633415000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/08/2021

5 - Sembr
3712

6 - Data de Validade da Sembr
3712

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3712

8 - Número da Carteira
11118953

9 - Validade da Carteira
28/08/2022

10 - Nome
MATEUS LUIZ TURRI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
31517

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/08/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz.

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Rec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor	47 - Valor Total
1 28/08/2021	15:01	15:01	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.0	100.00
2 28/08/2021	15:10	15:10	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOFEMORAL (TORNOZELO)	001				35.64	35.64
3 28/08/2021	16:14	16:14	22	30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS NO NIVEL DO TORNOZELO -	001				92.00	92.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.	49 - Cr. Part.	50 - Cód. na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	23876304000112	DIOGENES SILVA DE QUEIROZ R.	06	39212	41	225270
3	12	23876304000112	PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES	06	31517	41	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
227.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
227.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12

FATURAMENTO

35189992

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 3712

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11118953

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MATEUS LUIZ TURRI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
31517

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/08/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (e)do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 31.517-1
TEOT 15107

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

2 - Nº Guia no Prestador 3712

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
000000		3712					
4 - Data de Autorização		5 - Senha					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
11118953						MATEUS LUIZ TURRI	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A					
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
LUAN CELSO GONCALVES		06		31517		41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
225270				2		28/08/2021	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
		1		22		RX - Articulação tibiotalar (tornozelo)	
		2		30728134		Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent	
27 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
1		0		23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
9365230				Dados do Atendimento		31 - Código CNES	
				32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
				34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
				36 - Data		37 - Hr. Inicial	
				38 - Hr. Final		39 - Tabela	
				40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
				42 - Qlde.		43 - Via	
				44 - Tec.		45 - % Red / Acresc.	
				46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
				48 - Seq. Rel.		49 - Gr. Part.	
				50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
				52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
				54 - UF		64 - Código CBO	
				55 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				1 -		3 -	
				2 -		4 -	
				5 -		6 -	
				7 -		8 -	
				9 -		10 -	
				58 - Observação / Justificativa			
				59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)	
				61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
				63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Médicinas (R\$)	
				65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
				69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado	
				71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Contratado	
				73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Assinatura do Contratado	
				75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Contratado	
				77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Contratado	
				79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Contratado	
				81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Contratado	
				83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Contratado	
				85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - Assinatura do Contratado	
				87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Contratado	
				89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Contratado	
				91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Contratado	
				93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Contratado	
				95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Contratado	
				97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Contratado	
				99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Contratado	

Impresso por EMB SOUZA

Data/Hora: 28/08/2021 18:17:38

Contact: 6633415

Alendimento 6633415

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6633415

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Luiz Turri
Nº da Carteira: 11.1.18953
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 26/02/2004

Nº da Guia: 3712

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/08/2021	13:42:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Torção de MIE em jogo de vôlei. Refere algia ao movimentar o membro. Apresenta edema +++/++++ em região maleolar lateral. Realizado tratamento fitoterápico com dolomita e gelo. Apresentou melhora porém persiste o edema e a algia. Encaminhado para avaliação médica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	21/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá sa	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

Com orientação dos pais, aluno estava tomando antiinflamatório (diclofenaco + paracetamol) de 8/8h.

Ass.: _____

Célia Teixeira Damasceno da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno da Silva

1 de 1

28/08/2021 13:42



Atendimento:	6633415	Pedido:	2353204	Ac. Number:	2937961
Registro / Nome:	MATEUS LUIZ TURRI				
Data de Nascimento:	26/02/2004	Idade:	17 anos, 6 meses e 2 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	28/08/2021 15:10:00			Laudado:	30/08/2021
					11:34:28
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - TORNOZELO ESQUERDO

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6106360 DATA: 28/08/2021 16:14
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 6633415 DT NASC: 26/02/2004 (17A 6M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 532319 - MATEUS LUIZ TURRI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/08/2021 14:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE TORNOZELO
ADM COMPLETA
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES
NEUROVASCULAR OK

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

CD:
- ANALGESIA
- ORIENTAÇÕES
- RETORNO
- ATESTADO

6633415

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[28/08]	16:14

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR 31.517 / TECT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

alto

PRESCRIÇÃO.: 6106306 DATA: 28/08/2021 15:01
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 6633415 DT NASC: 26/02/2004 (17A 6M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 532319 - MATEUS LUIZ TURRI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/08/2021 14:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6633415

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM				Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: T				1					
Obs.: ESQ										

VISITA HOSPITALAR				Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA				1					

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PR: 31517

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

28/08/2021

OR+10

Dados do Atendimento

Atendimento: 6633415 Data/Hora: 28/08/2021 14:31 Prioridade: Baixa
Paciente: 532319 - MATEUS LUIZ TURRI Sexo: M Nasc.: 26/02/2004 (17a 6m 2d)
Prestador: 4727 - LUAN CELSO GONCALVES Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE ENTORSE EM TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA E DOR NO LOCAL HÁ 7 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: SIM
Outros: SAT:100% FR:16 DOR:5
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 70 mmHG Pulso: 70 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

